

第3章

開発主義体制下のエチオピアにおける保健政策と HIV 陽性者・障害者のニーズ

西 真如

はじめに

本章では、エチオピアで生活する HIV 陽性者および障害者の生活の質を向上させるための取り組みについて、おもに同国の保健政策とのかかわりに着目して検討する。エチオピアにおいて障害者の生活の質の問題は、2010年頃からようやく政策課題として認識されるようになった。これに対して HIV 問題は⁽¹⁾、障害問題に先んじて重要な政策課題となり、当事者団体が果たす役割も大きい。同国の障害政策・当事者運動が抱える課題について理解する上で、HIV 問題への取り組みの経験は有益な指針となり得る。またエチオピアの保健政策は、同国で生活する HIV 陽性者・障害者の生活の質を左右する重要な要因の一つである。エチオピアの保健政策は近年、ポスト MDGs の政策目標に関する議論（ミレニアム開発目標の期限である2015年の先を見すえた、グローバルな政策目標の合意形成をめざす議論）の文脈において、低コストで質の高い保健サービスを提供する体制づくりのモデルケースとみなされることがある（Balabanova et al. 2013; Baker et al. 2013; Singh and Sachs 2013）。エチオピア政府は2005年以降、トップダウン型の国民動員に基づく地域保健の取り組みを加速させており、母子保健や感染症対策といった分野で保健指標の顕著な改善がみられる。

エチオピアの現在の保健政策は、国民全般における保健指標の向上という点ではたいへん有効なものに違いないが、HIV陽性者や障害者の生活の質を高めるための開発という視点からは、どのように評価できるのだろうか。エチオピアでは、陽性者や障害者の多様な保健ニーズに応えるサービスが提供されているのだろうか。また当事者が政策形成に参加する政治的なアリーナは開かれているのだろうか。本章では以上のような視点から、エチオピアの保健政策とその背景にある開発体制の問題点、および当事者運動の課題について検討したい。

本章では、「2010体制」ということばでエチオピアの開発体制を説明することにする。「2010体制」とは、同国の急速な経済成長を背景として、国家が開発の資源を独占して国民の福利(welfare)の向上をめざした大規模な公共投資をおこなうと同時に、市民社会を政策決定の場から排除し、社会経済開発における非政府組織の役割を厳しく制限する体制のことである。これは冷戦下の東南アジア諸国でみられた権威的な開発主義体制に似た体制を、現代のアフリカにおいて現出させようとする試みであると考えて差し支えないだろう⁽²⁾。

本章で明らかにするとおり、「2010体制」下のエチオピアの保健・社会福祉政策は、HIV陽性者や障害者が抱える多様な保健ニーズに応じたサービスの提供を視野に入れたものではない。また開発資源を政府が独占する傾向のもとで、HIV陽性者や障害者の生活の質を向上させるために当事者の組織が果たす役割も制限されてきた。ただしHIV陽性者と障害者の二つの当事者運動を比較するならば、HIV陽性者団体が全国的な活動ネットワークの形成に成功し、「2010体制」下の厳しい政策環境のなかでも政府との一定の交渉力を発揮してきたのに対して、障害者団体はより厳しい状況におかれている。本章では、二つの当事者運動にこのような違いが生じた要因についても検討する。

なお本章でいう保健ニーズとは、抗HIV治療のような医療的ニーズだけでなく、当事者の健康と生活の質にかかわるニーズを含む。障害者のため

の CBR (Community-Based Rehabilitation, コミュニティに根ざしたりハビリテーション) や、本章第3節で取り上げる陽性者への訪問ケアは、当事者の保健ニーズと密接に関連する取り組みである。行政とのかかわりでは、保健行政や社会福祉行政ととくに関連するニーズである。なお当事者の健康と生活の質に関連する分野としては、広くは教育なども含まれる可能性があるが、本章では保健および社会福祉の分野に絞って分析することにする。以下本章の第1節では、保健普及員制度を中心にエチオピアの保健政策の特徴について述べる。またその背景にある「2010体制」について概説する。第2節では、HIV問題および障害問題に関する政府の取り組みについて述べる。第3節および第4節は、それぞれエチオピアにおける HIV 陽性者団体の活動事例と、障害者団体の活動事例について述べる。そして第5節において、開発体制下のエチオピアにおける保健政策と当事者運動の課題について考察する。

第1節 エチオピアの保健政策と「2010体制」

1. トップダウン型の地域医療—保健普及員と「開発部隊」

ボストン・コンサルティング・グループが作成し、『新たな繁栄——サハラ以南アフリカにおける福利向上のための戦略——』と題された報告書（以下 BCG 報告書と記す）によれば、エチオピアは経済成長の果実を国民の福利に結びつけることに最も成功したアフリカ諸国の一つである。またその成功は、とりわけ基礎保健の領域において顕著であるという。その成果は保健指標の改善に現れており、2005～2010年の間に国民の平均寿命が3.5年伸長し、乳幼児死亡率は23%も減少した。BCG 報告書は、これらの成果をもたらした主要な要因として、エチオピアの保健普及員制度を挙げている (Baker et al. 2013)。著名な医学雑誌 *The Lancet* に掲載されたレビュー論文においては、エチオピアの保健普及員制度は限られたコストで国民に保健サービスを提供

するための画期的な手法であり、その成功は2012年8月に逝去した故メレス・ゼナウィ首相と、同年まで保健大臣を務めたテオドロス・アドハノムのリーダーシップによるところが大きいと評価された (Balabanova et al. 2013)。保健省は、保健普及員の配置に加えて農民や非正規部門の従事者を視野に入れた包括的な健康保険制度の導入も進めることで、ポスト MDGs における同国の地域保健体制を強固なものにしようとしている⁽³⁾。

エチオピアの取り組みがことさらに高く評価されるのは、ポスト MDGs の保健政策において、個別の健康指標の達成度よりも低・中所得国におけるユニバーサル・ヘルスケアすなわち包括的な保健サービスの提供を進める制度の導入 (Rodin and de Ferranti 2012; WHO 2010) の整備に重点をおくとの合意が形成されつつあることと関連している。ユニバーサル・ヘルスケアを提供する制度として実質的に想定されているのは、ヘルスワーカーの全国展開 (Singh and Sachs 2013) および国民健康保健制度 (Anand 2012; Oxfam 2013) である。そのなかでエチオピアは、サハラ以南アフリカ諸国の水準と比較して優れた開発ガバナンスのもと、ミレニアム開発目標関連の指標で一定の成果を示した上で、保健普及員や健康保健制度に代表されるような包括的な保健制度の導入に積極的に取り組んでいるとみられている。

エチオピア人民民主革命戦線 (Ethiopian Peoples' Revolutionary Democratic Front: EPRDF) が1991年に政権を引き継いだとき、同国の保健体制はサハラ以南アフリカの水準からみてもきわめて貧弱なものであり、とりわけ農村部における保健サービスは著しく限定されていた。エチオピア政府は、援助国および国際機関の協力を得て2015年までに四次にわたる保健セクター開発計画 (Health Sector Development Programme: HSDP) を策定・実施し、農村部で保健所の設置を進めるとともにマラリアや HIV といった感染症への対策を推進してきた。同国における保健分野の国民1人当たり財政支出は、1995年から2013年までの18年間で8倍以上に増加している⁽⁴⁾。

2005年に発表された政府の第3次保健セクター開発計画 (HSDP-III) では、保健普及員の養成と配置が最重要課題と位置づけられ、2009年までに3万人

を超える普及員が全国の農村に配置された (Koblinsky et al. 2010)。エチオピアの保健普及員は、有給で雇用される地方政府職員であり、地域住民の健康を改善するための基礎的な保健知識・情報の普及活動をおこなう。保健普及員の活動分野は、疾病予防、母子保健、環境衛生の三分野にまたがる16の保健パッケージとして定義されている (Workie and Ramana 2013)。疾病予防の分野に含まれるパッケージは HIV・性感染症予防、結核予防、マラリア予防等であり、母子保健には家族計画、予防接種、栄養等が、環境衛生には尿尿処理、廃棄物処理、給水衛生等のパッケージが含まれる。

保健普及員に採用されるのは女性に限られており、農村出身で中等教育を受けた女性の雇用創出という面でも重要な制度となっている。保健普及員として採用されるには、10年間の初等・中等教育を卒業したあと、職業技術訓練校において1年間の専門訓練を受ける必要がある。エチオピア政府が短期間で3万人もの普及員を配置することができた背景には、HSDPと平行して実施されてきた教育セクター開発プログラム (ESDP) のもと、全国に職業訓練校の設置が進められたこと、および女子の初等・中等教育の就学機会が拡大されてきたことがある。

保健省がめざすのは、基礎保健に関する知識を国民に届けるための一貫した制度づくりである。同省は2012年から、保健普及員と連携して地域で活動する「開発部隊」(Development Army) の組織化を進めている (Kesetebirhan 2013)。開発部隊とは、政府がすべての国民をコミュニティ開発の取り組み(とりわけ基礎保健分野の取り組み)に動員する目的でつくらせる、近隣組織の一種と考えてよいだろう。開発部隊という単一の組織があるのではなく、各地方自治体の指導の下で近隣30世帯ごとに組織される「開発チーム」が実際の活動単位となる。開発チームの構成員となるのは女性であり、彼女らはそれぞれの地域で活動する保健普及員の指導を受けて、保健分野を中心とする政府の開発プログラムの普及のために無償で貢献することが求められる。各開発チームの活動状況は、地方政府が設置する専門の調整委員会によって監視されることになっており、これら委員会の報告は連邦政府に集約される。

行政上は、保健政策の実施は地方政府の任務であり、保健普及員の活動も地方政府の保健当局の指揮下におかれる。しかし実際には、保健普及員および開発部隊の活動は、政府の政策メッセージを国土の隅々にまで届けるための一貫したシステムを構成しており、その活動は調整委員会を通じて、政府の監視下におかれるのである。このようなシステムは、すべての国民に等しく保健サービスを提供するという目的を超えて、連邦政府が（すなわち与党 EPRDF が）開発の人的・制度的資源を独占的にコントロールする体制を、社会の隅々にまで張りめぐらせるものだと理解することができよう。保健普及員と開発部隊からなる地域保健の枠組みは、事実上の一党体制をしく EPRDF が築き上げてきた開発主義体制の一翼を担うものと考えられる。次項では、本章で「2010体制」とよぶエチオピアの開発主義体制の成り立ちについて概観しておきたい。

2. 「2010体制」と市民社会

1995年に施行されたエチオピア連邦民主共和国憲法は、民族の自治に基づく連邦制を採用し、複数政党制に基づく選挙と、結社および表現の自由を保障することが明記されている。また当初は、EPRDF が社会経済開発に対する非政府組織（NGO）の役割に一定の理解を示したこともあり、市民社会が一定の成長を遂げることになった。ここでいう市民社会とは、おもに欧米諸国の政府や国際 NGO が知識と資金を提供して育成した開発 NGO のほか、本章の第3、第4節でそれぞれ考察する HIV 陽性者および障害者の当事者団体も含まれる。連邦政府および地方政府の議会は、1995年から2005年までの間、EPRDF とその傘下にある政党がほぼ議席を独占する状況が続いたが、2005年5月に実施された国政選挙では多くの野党候補者が当選し、連邦議会下院にあたる人民代表院では、議席の3分の1を野党議員が占める結果となった。

ところが2005年の国政選挙をきっかけとした騒乱のあと、政府は野党指導

者やジャーナリストを弾圧する姿勢を強めた⁽⁵⁾。政府は2008年に施行した「メディアの自由と情報の取得に関する法令」⁽⁶⁾によって報道の自由を制限するとともに、2009年に施行した「慈善および協会活動に関する法令」⁽⁷⁾では、開発 NGO や当事者団体を含む市民社会の活動に厳しい制約を課した。とりわけアドボカシー活動に携わる組織の資金調達を厳しく制限することによって、市民社会が政策提言に関与する可能性を実質的に封じたのである⁽⁸⁾。このような締めつけを経て実施された2010年5月の国政選挙では、人民代表院（下院）547議席のうち、わずか2議席を除いて与党が独占するという結果になった。

前述のとおり、本章では2010年国政選挙後のエチオピアの政治体制を「2010体制」と呼ぶ。結論からいえば、2010体制とはEPRDF政権によって確立された独裁的な開発主義体制に他ならない。この体制のもとでは、政党政治は事実上の一党制（one-party system）となっており、野党や市民社会は法的な制約を含むさまざまな手段で、政治的な意思決定のアリーナから閉め出されている。エチオピアにおいて、2005年5月の国政選挙時点までに築き上げられてきた政治的多様性は、「2010体制」の確立に至る過程で急速に後退したのである。

エチオピア政府は、急速な経済成長と援助資金の流入によって得られた豊富な開発資金を背景に、野心的な国家開発計画を策定している。2010年11月に政府が発表した「成長と変革計画」（Growth and Transformation Plan）には、2023年までに中所得国入りを果たすという野心的な国家構想が示されており、そのため年間10%程度の経済成長を維持しながら、政府の指導と管理のもとで社会経済の変革を推し進めることが掲げられている（MoFED 2010）。また実際、エチオピア政府は保健、教育、道路、住宅整備などのセクターで大規模な公共投資を積み重ねている⁽⁹⁾。その成果は、乳幼児死亡率の急速な改善や、男女ともに90%を超える初等教育就学率の達成といった開発指標上のパフォーマンスにも、顕著に現れている。事実上の一党体制のもとで開発の資源を独占し、大規模な公共投資を通じて国民生活の向上を図ることが、「2010

体制」下のエチオピア政府の戦略なのである。

第2節 HIV問題および障害問題に対するエチオピア政府の取り組み

前節で検討した保健医療政策および「2010体制」をふまえて、本節ではHIV問題と障害問題に対するエチオピア政府の取り組みについて述べる。

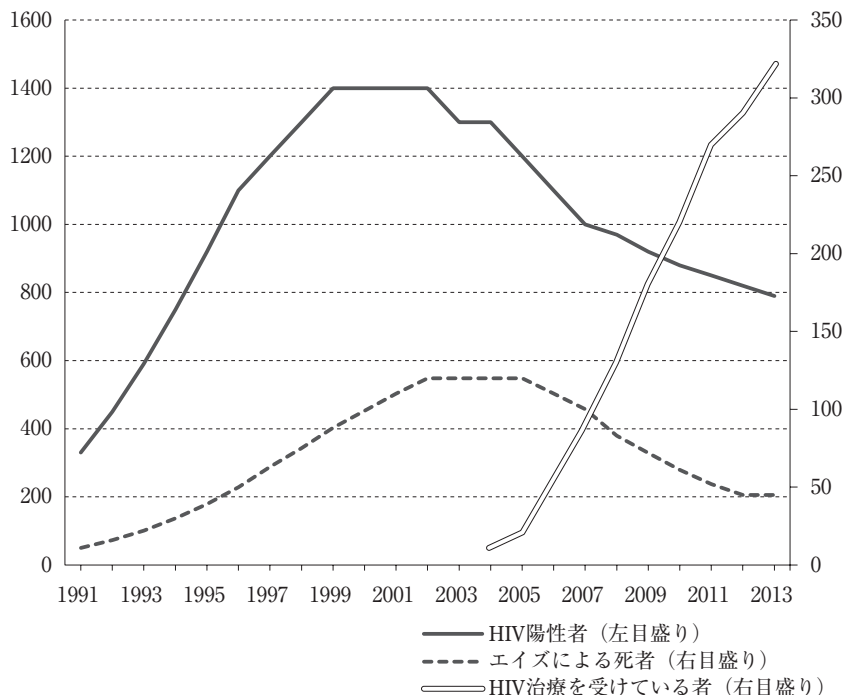
1. HIV問題への取り組み

HIV感染症対策は、エチオピア政府の保健セクター開発計画における重要課題の一つであり、政府は保健普及員の取り組みを含む過去の対策を通して、HIVの治療および予防に一定の成果をあげること成功している。

政府は2000年に国民エイズ評議会（National AIDS Council）を設立し、大統領が委員長に就任している。2002年には政府の独立機関としてHIV/エイズ予防管理事務所（HAPCO）が設立され、HIVに関する政策策定、関連する政府機関およびNGOの調整、情報の収集・分析等の業務を担当している。さらに政府は2005年10月より、すべてのエチオピア国民に対して無償で抗HIV薬の提供を開始した。UNAIDSの推計によれば、エチオピアで抗HIV治療を受けている者の数は2013年の時点で32万人にのぼる（図3-1）。他方で新規感染者は、1996年に最多の22万人を記録したのが2013年には2万1000人にまで減った¹⁰⁾。

保健普及員にとって、HIV感染症対策は重要な業務の一つに位置づけられる（MoH 2007; Mekbib 2007）。保健省のガイドラインによれば、HIVをはじめとする感染症予防の知識は、母子保健や衛生教育と並んで、保健普及員が提供する最も基礎的な保健サービス（essential health services）の一つに数えられている（MoH 2005）。具体的には、住民にHIV検査を促すこと、コンドーム

図3-1 エチオピアにおける HIV 陽性者と HIV 治療を受けている者、およびエイズによる死者の数の推移 (単位：千人)



(出所) UNAIDS AIDSinfo (<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/aidsinfo>) から取得したデータ (2014年12月16日閲覧) に基づき筆者作成。

ムを配布すること、感染の疑いのある者を保健所に紹介すること、HIVへの取り組みに住民を動員すること等が、保健普及員の業務とされる。筆者が2010年にグラゲ県内の複数の保健所において実施した聞き取り調査では、保健普及員がHIV感染症対策に多くの労力を割いていることがうかがわれた(西 2012)。しかし上記のガイドラインからわかるとおり、政府が保健普及員の取り組みに期待するのは新たな感染を予防することであって、HIV陽性者が抱える多様な健康ニーズに対応することではない。さまざまな問題を抱えた陽性者のケアは、後述の当事者団体の活動に任されているのである。

保健分野の取り組みに加えて、エチオピア政府はHIV感染症対策のメイ

ンストーリーミングにも取り組んできた。保健省は2004年、HIV問題に対する政府の分野横断的な取り組みの方針についてまとめた報告書を公表している。報告書は、教育省や女性問題局をはじめとする関係省庁、市民社会、陽性者団体、宗教組織などが、それぞれの政策や活動を通してHIVに関連する問題の解決に寄与するよう促す内容となっている（MoH 2004）。ただしこの報告書は、どちらかといえば抽象的な努力目標について述べられているに止まり、HIV陽性者の社会参加を確保するための具体的で強制力のある施策が提示されているわけではない。

2. 障害問題への取り組み

WHOの推計によれば、エチオピアでは人口の17.6%に何らかの障害があるとされる（WHO 2011）。しかしエチオピアの障害者人口は統計によるばらつきがきわめて大きく、2007年に実施された同国の国勢調査では、人口の1.1%に何らかの障害があると報告されている（CSA 2010）。これは国際的な障害者統計に比較してきわめて小さな値であり、その理由は不明だが、国勢調査が障害者人口を過少評価している可能性が高い。

エチオピア政府において障害政策をメインストリーム化する取り組みは、HIV感染症への取り組みよりも遅れて始まっただけでなく、対策そのものが法的な枠組みの整備に止まっており、障害者の生活の質の向上に直結する具体的な成果に乏しい^[1]。政府は2010年6月に障害者の権利条約を批准しており^[2]、その前後に障害者の権利にかかわる法律を施行している。2008年には、「障害者の就業の権利に関する法令」^[3]が施行され、障害者の機会平等を損なうような差別的な法令、実践、慣習および態度が違法とされた（5条）。また雇用者に対して、障害者に適切な雇用環境を提供する義務を課すことが明記された上で（6条）、とりわけ障害をもつ女性の保護を求める条文が定められた（6条のbおよびd）。さらに2010年10月に施行された「エチオピア連邦民主共和国政府の執行機関の権能を定める法令」^[4]において、労働社会福祉

省の権能に「障害者の機会平等と参加を可能にする社会環境の創出」という条文が加えられ（30条7項）、ようやく障害者問題の主幹官庁が定まった。

しかし労働社会福祉省は、上述の保健普及員に相当する実施要員も、保健所に相当する実施拠点ももたない省庁であり、CBRのように障害者の生活の質に直接かかわるサービスを、同省の主導によって全国展開する可能性は考えにくい。したがって障害者の生活の質を向上させるためには、労働社会福祉省と保健省とが連携し、保健普及員をはじめとする既存のリソースを活用することが望ましい。この点について、労働社会福祉省が2012年に策定した十年アクションプランでは、保健省との協力によってCBRの実施をはじめ障害者をターゲットとした保健サービスの提供を推進してゆくことが記されている（MoLSA 2012）。しかし具体的なスケジュールや推進方法についての記載はなく、政策実現の見通しがあるとはいえなさそうである。

現状では、エチオピアにおける保健政策と障害者政策相互の連携は弱い。第4次保健セクター開発計画には、「疾病、死亡、障害を減らすことで、エチオピア国民の健康を向上させる」と記されているが（MoH 2010: 31）、障害者の健康を向上させるための具体的な取り組みについてはほとんど記述がなく、結核やハンセン病から生じる身体障害や心理的苦痛を適切に管理することが記されているにとどまる（MoH 2010: 10-11）。また障害者の健康に関する保健普及員の役割も明確ではない。保健省のガイドラインには、住民の疾病や障害を減らすことが普及員の活動目的であると記されている一方で、障害者の保健ニーズへの対応については触れられていない（MoH 2005）。保健普及員の活動ガイドラインにはCBRに関する記載がなく、普及員たちにとって障害者のケアは未知の領域となっている。障害に対する保健省の取り組みは、（労働社会福祉省の管轄である）障害に関する社会政策との連携を視野に入れてないばかりか、障害者の多様な保健ニーズも考慮しておらず、病理的な意味でのインペアメントの予防という観点に偏っていると結論せざるを得ない。

第3節 HIV陽性者団体の活動

本節では、エチオピアのHIV陽性者が組織する当事者団体の活動について検討する。全国レベルの活動として、エチオピアHIV陽性者ネットワークのネットワーク（Network of Networks of HIV Positives in Ethiopia, 略称はNEP+）の事例を挙げる。NEP+は全国の陽性者団体の意見集約および活動資金の配分にかかわるネットワークハブとして機能しており、連邦政府に対しても一定の交渉力をもつ組織である。加えて本節では、地域に密着して陽性者の生活を支える活動の事例として南部州グラゲ県で活動するファナHIV陽性者協会（ファナ協会）の活動にも触れる。ファナ協会の事例からは、多様なニーズを抱えた陽性者の生活を限られたリソースで支えることの困難さが見て取れる。

1. NEP+の活動

NEP+は、エチオピア国内で活動する複数のHIV陽性者ネットワークを包括する組織として2004年に設立された、同国の陽性者運動を代表する団体である。NEP+に参加しているのは、地域ベース（後述の南部州など9つの州と、アジスアベバ市など2つの都市圏）の11のネットワーク組織と、ジェンダーベース（女性）の1つのネットワーク組織である。NEP+のデレジェ・アレマユ事務局長によれば、これら12のネットワーク組織に所属する国内の陽性者団体の総数は450団体を超える。またNEP+は25名の専門スタッフを抱えており、傘下の12のネットワーク組織では合計55名の専門スタッフを雇用している。これに加えてNEP+は、所属団体に配置されるARTサポーターおよびケースマネージャーあわせて約900名の給与を負担している。ARTサポーターとは、抗HIV薬による治療（Antiretroviral Therapy: ART）を受けているHIV陽性者が、治療薬を適切に服用できるよう指導する役割を

担う者のことであり、またケースマネージャーは、個々の HIV 陽性者が必要とする治療や支援を手配する役割を担う。HIV 陽性者団体にとっては、いずれも保健医療機関との連携を図る上で重要な職種である。

NEP+ が設立される以前のデレジェは、アジスアベバ市内で HIV 陽性者団体に所属するカウンセラーとして活動を開始した。精力的な活動が認められて団体幹部となったデレジェは、ウガンダやケニア、タイ等を訪問して、それぞれの国で HIV 陽性者支援にかかわる NGO が実施する研修に参加する機会を得た。このような経験を通して、デレジェは当事者運動の指導者として必要な知識と国際的な人脈とを築いた。NEP+ の設立に先立ち、デレジェをはじめとするエチオピアの HIV 陽性者運動のリーダーたちは、国際製薬企業の資金援助を受け、海外の HIV 陽性者団体を招いて、陽性者支援に関する全国規模の会合を開催した。この会合が直接のきっかけとなって、陽性者団体のネットワーク化が実現したのである。

NEP+ は当初、18の陽性者団体のネットワークとして発足したが、参加団体が急増したために実質的な議論と意見集約をおこなうことが困難になった。そこで設立から3年後に上述の「ネットワークのネットワーク」体制へと移行したのである。現在の体制では、NEP+ の総会 (general assembly) 構成員を、組織に所属する12のネットワークからそれぞれ4名ずつ選出することになっている。合計48名の構成員が、年に1回開催される総会に出席して意思決定をおこなう。

NEP+ がもつ求心力の背景にあるのは、世界エイズ・結核・マラリア対策基金(グローバルファンド)に代表される国際的な資金へのアクセスである。グローバルファンドとは、HIV(および結核・マラリア)対策資金を低・中所得国に提供するために設立された機関(NGO)であり、各国の政府や民間財団、企業など国際社会から大規模な資金を調達している。グローバルファンドの資金を受け入れるためには、それぞれの国で政府、当事者、市民社会等の代表が参画する「国別調整メカニズム」(Country Coordination Mechanism: CCM)を設置して案件形成にあたることが求められる。またグローバルファ

ンドの案件実施にあたっては、案件ごとに決定される資金受入責任機関 (principal recipient) が管理責任を負う。NEP+ は、エチオピアの陽性者運動を代表するかたちで同国の CCM に参画し、HIV 対策案件の形成に関与してきた。グローバルファンドがエチオピアに拠出する資金の多くは、政府機関である HAPCO (本章第2節1項参照) が管理しているが、2009年からは NEP+ が資金受入責任機関として一部案件の実施も担当するようになった。次項の事例でみるように、エチオピア国内の陽性者団体が活動を維持していく上で、グローバルファンドから得られる資金が果たす役割は大きい。同時に、その資金へのアクセスを確保するため NEP+ が果たす役割への期待も大きいのである。

NEP+ についていま一つ特筆すべきは、政府との卓越した交渉力である。第1節2項で述べたように、エチオピア政府は2009年に施行した「慈善および協会活動に関する法令」によって、当事者団体を含む市民社会の活動に厳しい制約を課した。同法令によって導入された規制の一つに、70/30ルールと呼ばれるものがある。これは組織の活動経費を事業経費 (operational cost) と事務経費 (administrative cost) とに2分した上で、事業経費を70%以上確保すること (したがって事務経費は30%以内に収めること) というものである⁽¹⁵⁾。事務経費を30%以内に収めるという規定そのものは常識的なものにみえるが、問題はその解釈であった。たとえば政府が示した解釈では、開発プロジェクトに直接かかわる専門スタッフの給与や研修費用も事務経費に含まれるとされた⁽¹⁶⁾。上述のように、NEP+ は多数の専門スタッフを抱えており、その費用がすべて事務経費に計上されるならば70/30ルールの遵守は難しい。テレジェ事務局長によれば、NEP+ はこの点について政府当局と個別に交渉をおこない、NEP+ のような当事者団体においては、スタッフもいわば支援の対象者であり、その給与を事務経費として扱うことは適当ではないと主張した。この説得は成功し、HIV 当事者である NEP+ のスタッフについては、その給与を事務経費ではなく事業経費に含めてよいという、非常に有利な解釈を引き出すことに成功したのである。

2. ファナ協会の活動

上述のとおり、エチオピアには NEP+ の傘下にある団体だけでおよそ450の HIV 陽性者団体が存在する。以下では、会員への訪問ケアを含め、陽性者の生活を支援する活動を積極的におこなってきた当事者団体の事例として、ファナ HIV 陽性者協会を挙げる。ファナ協会は、南部州グラゲ県ウォルキテ市（図3-2）を中心に活動する非政府組織であり、HIV 陽性者が組織し運営する当事者団体としては、同県で最初に設立されたものである。ファナ協

図3-2 ウォルキテ市の位置



(出所) USAID 作成地図 (Active Humanitarian Programs in Ethiopia, 2015年1月21日版) にもとづき筆者作成。

会は2004年5月、マサラト・ガブレ代表のほか3名の発起人によって設立された。会員数は設立当初20名であったのが、2014年12月時点では200名をこえている。

マサラト代表はエチオピア-エリトリア戦争（1998-2000年）に従軍していた元夫から HIV に感染した。その夫はまもなくエイズで死亡した。当時、グラゲ県内の村で暮らしていたマサラトは、夫の親族から繰り返しいやがらせを受けたこともあって、郡役場のある小さな町に移り住んだ。その町で彼女は自らが陽性者であることを公表し、地域の学校や市場を訪れて、HIV についての正しい知識をもつよう訴える活動をはじめた。当時のエチオピアでは抗 HIV 薬の入手が非常に困難であり、HIV に関する知識も不十分であったことから、住民の間には HIV への恐怖や偏見が強かった。この経験を経てマサラトはグラゲ県の県庁所在地であるウォルキテ市に移り、ファナ協会を設立したのである¹⁷⁾。ファナ協会の代表となったマサラトは、NEP+ が主催する研修や交流会にも積極的に参加し、陽性者のニーズに応えるための活動の手法について学んできた。

ファナ協会は、カウンセリング、所得創出活動、および訪問ケア（home-based care）活動を中心に会員の生活支援にあたってきた。このうち訪問ケア活動とは、訪問ケアワーカーが週に一度のペースでクライアントの自宅を訪問し、健康および生活の状況を確認するとともに、当人の身体を拭いたり、買い物代行したり、部屋の掃除をするといった、さまざまな生活上のニーズに対応する活動のことである。2013年8月の調査時点では、17名の訪問ケアワーカーがファナ協会に所属しており、同協会会員のうちとくに生活上の問題を抱えた158名のクライアントに対して訪問活動を実施していた。

ファナ協会の訪問ケア活動は、NEP+ の指導の下でグローバルファンドが提供する資金によって実施されてきたが、2014年になって訪問ケア活動への資金提供が打ち切られた。同年12月の調査時点では、ファナ協会の訪問ケア活動はすでに停止しており、NEP+ の指導の下で ART 支援グループの活動が立ち上げられようとしていた。これは抗 HIV 治療を受けている者が20

名単位でグループをつくり、定期的に会合をもちながら、適切な治療を継続するための知識を学習してゆくというものである。

NEP+ が ART 支援グループへの移行を促している背景には、エチオピアにおける抗 HIV 治療の普及がある。適切な治療を継続するかぎり、陽性者は健康で自立した生活を送ることができる可能性が高い。ところが訪問ケアは、治療を受けられず寝たきりの生活を送るエイズ患者へのケアを想定して始まった活動である。現在では深刻な病状の患者は減っており、むしろ適切な治療を続けるための学習機会を提供するほうが、高い費用対効果を得られると考えられるのである。

他方でマサラト代表は、ART 支援グループが会員に受け入れられるかどうか不安を抱いている。また筆者はつぎに述べる理由から、ファナ協会においては現在も訪問ケア活動に類似するアウトリーチ活動のニーズがあると考えている。

ファナ協会の会員には、経済的な困窮や社会的な孤立といった生活上の困難を抱えた陽性者が多いことがわかっている。マサラト代表の説明では、抗 HIV 薬が無償で配布されている現在、生活の上で特段の困難を抱えていない者が、わざわざ陽性者団体に足を運ぶことはない。結果としてファナ協会には、貧困や孤立の問題を抱えた陽性者が（物質的・精神的な支援を求めて）集まる傾向があるという。筆者が同協会の会員に対して2012年におこなったアンケート調査では、回答者（85名）のうち日雇い労働に従事する者が女性を含む27名と最多で、他にも無職（9名）や零細商業（8名）に携わる者が多く、公務員はわずか3名であった（西・姜 2013）。

訪問ケア活動の終了は、訪問ケアワーカーたちを訪問活動の大きな負担から解放することになるが、他方でファナ協会にとっては、クライアントに対するフォローアップを困難にするおそれがある。というのも日雇い労働に従事するクライアントのなかには、職を求めてウォルキテ市と農村の間で季節移動を繰り返すことが多い。頻繁に居所を変更する会員の所在や健康状態を継続的に把握することは容易ではなく、同協会の訪問ケアワーカーは、クラ

クライアントへの訪問活動を維持するために大きな努力を払ってきた。加えて近年では、ウォルキテ市近郊に国立大学が開校したことで市内の家賃が急騰し、郊外の不便な地区での暮らしを強いられるクライアントが増えている。ART支援グループの会合は、(HIV陽性者の長期的な健康を維持するために有効だとしても)当面の生活上の困難を解決してくれるものではない以上、同協会の会員にとっては、継続的な参加の動機を見だしにくいように思われる。

ファナ協会の会員が抱える問題の複雑さに対して、同協会のもつ活動のリソースは限られている。過去の訪問ケア活動において、訪問ケアワーカーは基本的に無償で活動に従事し、交通費として月額250ブル(約1,250円)を受け取っていたにすぎない。現在、ファナ協会にはマサラト代表を含めて4名の常勤スタッフがいるが、給与の水準が低く優秀なスタッフが定着しないというのがマサラト代表の悩みである。これに対して、ファナ協会のスタッフが解決せねばならない問題は多岐にわたる。たとえば同協会のなかには、聴覚障害を抱え、かつ手話や読み書きを習得していない会員がおり、スタッフとの意思疎通に大きな困難がある。このほか、会員のなかにはHIV以外の身体的・精神的な疾患を抱えていると思われる者が少なくないが、ファナ協会のスタッフは医療および障害に関する専門知識をもたないために、的確な対応ができない場合がある。

前項で述べたように、NEP+は国際的な資金へのアクセスを確立し、「慈善および協会活動に関する法令」施行後の困難な環境のなかでもその活動を維持してきた。しかしそれは、NEP+に所属する数百の団体の一つであるファナ協会に対して、十分な活動のリソースが用意されているということではない。またNEP+が促している訪問ケア活動からART支援グループ活動への移行は、限られたリソースを効率的に使うための合理的判断という側面はあるものの、ファナ協会にとっては、生活上の困難を抱えたクライアントに対するアウトリーチ活動の機会を失う結果となりかねないのである。

第4節 障害者団体の活動

この節では、エチオピアの障害者が組織する当事者団体の活動について検討する。全国レベルの活動として、エチオピア障害者協会連合（Federation of Ethiopian National Associations of People with Disabilities）の傘下にあるエチオピア身体障害者協会（Ethiopian Association of the Physically Handicapped）の活動を検討する。また地域で活動する団体の事例として、アジスアベバ市のワレダ5障害者権利協会の活動をみる。これら二つの団体の事例からは、エチオピアの障害当事者運動がもつリソースがきわめて限られていること、および同国における障害者団体のネットワーク化の難しさを読み取ることができる。

1. エチオピア身体障害者協会の活動

エチオピア障害者協会連合は、全国規模で活動する6つの障害者団体を傘下にもつネットワーク組織である。同連合を構成する6団体とは、エチオピア身体障害者協会、エチオピア盲人協会（Ethiopian National Association of the Blind）、エチオピアろう者協会（Ethiopian National Association of the Deaf）、エチオピア盲ろう者協会（Ethiopian National Association of the Blind-Deaf）、エチオピア知的障害者協会（Ethiopian National Association on Intellectual Disability）、エチオピアハンセン病者協会（Ethiopian National Association of Persons Affected by Leprosy）である。このうち設立の時期が早いのはエチオピア盲人協会（1960年）とエチオピアろう者協会（1971年）であり、他の団体は1990年代に現政権のもとで設立された。

エチオピア身体障害者協会は1992年に設立された非政府組織であり、2010年に「慈善および協会活動に関する法令」に基づく国内協会として再登録された。同協会の事務所はアジスアベバ市役所から数百メートルの市中心部に位置しており、設立にあたっては現政権の支援もあった。現在は専門スタッ

フと事務スタッフあわせて5名が常勤している。身体に障害をもつ者が同協会の会員となるためには、毎月の会費を納入する必要がある。同協会は会員が必要な優遇措置を受けられるよう、公的機関を含む各種機関に宛てたサポートレターを随時発行している。同協会のアマン・ジャマル事務局長によれば、サポートレターの発行を希望する会員のなかには、アジスアベバ市内で住民登録カードの発行を希望する者、公営住宅への入居を希望する者、無料医療カードの発行を求める者が多い。ほかに多いのは就業や職業訓練に関するサポートレター発行の依頼である。同協会が発行したレターは、2013年6月までの1年間だけで2300通あまりにのぼる。

サポートレターの発行に関して筆者が知り得た事例では、下肢に障害のある30代の女性がアジスアベバ市内中心部にある古い公営住宅からの退去を迫られており、住宅を管理するカバレ事務所¹⁸⁾を説得する材料として、同協会からサポートレターを取得したというものがある。この事例には次のような事情がある。女性は母親とともにその公営住宅で暮らしていたのだが、母親は2012年になって新しく建設された郊外の公営住宅に転居し、母娘が別々の公営住宅で生活することになった。それまで母親に頼って生きてきた女性にとっては、母親から離れて自立した生活を始める好機でもあった。ところが住宅不足の深刻なアジスアベバでは、新規に建設された公営住宅の入居者の家族は、旧来の公営住宅から退去しなければならないと定められている。そこでカバレ事務所は、女性に退去を求めたのである。

エチオピアにおいて何らかの交渉をおこなう者は、政府機関の発行するサポートレターをもつことで（その権威のもとで）、有利に交渉を進めようとするのが少なくない。政府機関ではないものの、連邦政府の認可を受けた同協会の発行するサポートレターは、同国の身体障害者が最も身近に頼ることができる「権威」の一つであるといえよう。しかし同協会のサポートレターそのものに法的拘束力はなく、その要請を尊重するかどうかは各機関の判断に委ねられる。上記の事例では、カバレ事務所はいったんサポートレターを受け取ったものの、最終的に女性を退去させた。カバレ事務所の委員は女性

に対して、いずれ公営住宅に空きができたなら優先的に入居させるという口約束をしたというが、あまり期待はできそうにない。公営住宅への入居はカバレ事務所の裁量権が大きく、その決定には多くの利害が絡むため、いったん退去してしまうと再入居は容易ではない。この事例で実際にカバレ事務所との交渉をおこなったのは女性の（身体障害をもたない）兄であったが、彼は退去が決まったあとで「もっと粘り強く交渉していれば違う結果になっていたかも知れない」と悔やんだ。

この事例では女性の望む結果は得られなかったものの、協会のサポートレターがエチオピアで生活する身体障害者に対して一定の交渉力を付与していることは見て取ることができる。エチオピアの障害者およびその家族の生活を支える上で同協会は、地味ながら決して小さくない役割を担ってきたと考えられる。営々とサポートレターを発行し続けてきたスタッフの取り組みは賞賛に値する。

ただし、このニッチな活動による貢献を除けば、同協会の活動は設立以来、長期にわたって停滞してきた。エチオピア政府は同協会に事務所の敷地と建物を提供し、スタッフの給与も支給しているものの、事業資金は国内のNGOや篤志家などから不定期に寄せられる寄付に頼っている。アマン事務局長によれば、過去にはスタッフに支払う給与が確保できず、事務所を週に2日しか開けない時期もあったという。

アマン事務局長は現在、活動の活性化に取り組んでおり、2013年10月以降は常勤のスタッフが週5日の体制で事務所に常駐するようになった。2014年12月の調査時点では、一日に5人ほどの身体障害者が相談に訪れているとのことである。また同事務局長は、事業や組織体制の見直しもおこなっている。障害者の権利に関する啓蒙活動を柱とする5カ年事業計画の策定作業をおこなっており、2015年6月に開催される総会において採択される予定である。将来的には、専属のプロジェクト・オフィサーも雇用したいとのことであった。

しかし前述のとおり、エチオピア政府は「慈善および協会活動に関する法

令」において、当事者団体の資金調達を厳しく制限している。とりわけアドボカシー活動にかかわる団体は、「90%ルール」と呼ばれる同法令の規定により、海外から調達する資金が活動資金の10%を超えてはならないとされる¹⁹⁾。アドボカシー活動に関与するのは前述のNEP+も同様であるが、アマン事務局長の説明によれば、NEP+は「保健省の特別なサポート」があるために海外からの資金にアクセスできるのだという。これはNEP+がグローバルファンドから得ている事業資金の多くが政府機関の管理下にあることを指していると思われる（第3節1項参照）。NEP+のように政府機関と連携して事業を実施すれば、障害者の当事者団体も海外資金へのアクセスが容易になるというのがアマン事務局長の見通しである。

しかし現状では、同協会は活動のリソースを提供する国際的なパートナーをもたず、障害者のアドボカシー団体としての機能を十分に果たしていない。また（上述のサポートレターの発行を除いては、）障害者の生活の質の向上につながる直接的なサービスの実施（あるいはそのようなサービスを実施する団体への支援）もおこなっていない。NEP+がグローバルファンドから継続的に資金を調達し、国内の当事者団体の活動をサポートしているのとは対照的である。

2. ワレダ5障害者権利協会の活動

ワレダ5障害者権利協会は、アジスアベバ市ワレダ5に居住する障害者が組織する当事者団体である。ワレダ5とは、アジスアベバ市ルデタ区に属する行政区域の一つである（同市には10の区 *kifle-kelema* があり、その下にワレダ *wereda* がおかれ、さらにその下に前述のカバレがおかれている）。アジスアベバ市の労働社会福祉局（Bureau of Labour and Social Affairs）は市内に居住する障害当事者の組織化を推進しており、ワレダ5障害者権利協会も同局の指導の下で設立された。前項で述べた障害当事者の全国組織では障害の分野によって6つの組織にわかれているが、アジスアベバ市では、異なる障害をもつ人

たちがワレダ単位で一つの組織を形成する方針がとられている。

ワレダ5障害者権利協会のバラタ代表は、家族とともに公営住宅で生活する視覚障害者である。バラタ代表は、障害者向けの雇用創出事業を実施している市内のNGOのもとで清掃用ブラシ等の製造に従事して収入を得ているほか、視覚障害者向けの学校にも通学しており、非常に多忙な生活のなかで同協会の代表として活動している。2014年12月の調査時点では、バラタ代表の協会は設立されたばかりで事務所は未開設であり、会員も54名にとどまっているとのことであった。ワレダ5の人口は数万人にのぼることから²⁰⁾、会員の数は大幅に増加する余地がある。バラタ代表は、障害者の住居の確保、就業および職業訓練の促進、すでに就業している障害者が抱えている問題の解決といった分野で活動を展開してゆきたい考えであるが、事業に必要なリソースへのアクセスのめどは立っていない。

本節で検討した二つの障害者団体は、いずれも活動のリソース（とりわけ国際的な資金）へのアクセスに課題を抱えていた。エチオピアの障害者運動が抱える課題をもう一つ指摘するとすれば、それはネットワーク化の難しさである。筆者のインタビューに対して、エチオピア身体障害者協会のアマン事務局長とワレダ5障害者権利協会のバラタ代表はともに、両者の組織化の方針の違いが（前者が障害の分野を身体障害者に限定しているのに対して、後者は障害の分野を限定しないことが）、組織間の協調関係を築きにくくしているとの認識を示した。

前節で述べたNEP+が、「ネットワークのネットワーク」という方法によって、全国で活動するHIV陽性者団体の意思を一元的に集約する体制を構築してきたのに対して、エチオピアの障害当事者運動は、強力なネットワークハブをもたない。むしろ全国組織は連邦政府の指導下で、アジスアベバ市内の組織はアジスアベバ市当局の指導下でそれぞれ活動しているというのが現状であると思われる。

第5節 エチオピアの保健政策と当事者運動の課題

この節では、第2節から第4節で検討してきたエチオピア政府の政策および当事者団体の取り組みをふりかえって、HIV陽性者および障害者の生活の質の向上という観点から、現在のエチオピア社会が抱えている問題について考察する。

1. 保健政策の課題

まずはエチオピア政府の取り組みについて、第2節でみたように、政府はHIV感染症対策で顕著な成果を挙げたのに対して、障害問題では政策目標を示したのみで、障害者の生活の質を向上させる具体的成果に至っていない。これは一つには、制度上の問題として理解することができる。HIV対策を主管する保健省が、保健所という拠点および保健普及員という人員を全国に展開している、つまり国民生活に直接働きかけるチャンネルを有しているのに対して、労働社会福祉省は、それに匹敵するような実施機関をもたない。エチオピアの社会福祉行政は、実質的に政策立案の機能しかもたないのである。

もっとも当事者の生活の質につながる開発という視点からは、エチオピア政府によるHIV対策・障害対策は同様の問題を抱えているというべきだろう。第2節でみたように、エチオピア政府によるHIV対策の顕著な成果は、国民全般を対象とした予防と治療の分野において達成されたものであり、一般的な健康指標の改善には結びつくが、個々人が抱える多様な健康ニーズには無関心である。保健普及員の活動は疾病予防に重点をおくもので、HIV陽性者の生活を個別に支援する訪問ケアのような活動は視野に入っておらず、同様に障害者の生活支援を目的としたCBRのような取り組みも視野に入っていない。エチオピアの保健政策およびその主軸である保健普及員活動は、

感染症対策のようにトップダウン型の情報提供によって国民全般の健康指標を改善する取り組みでは有効であるが、個人によって異なる多様な保健ニーズに応えるような取り組みは前提とされていないのである。

2. 二つの当事者運動の比較

つぎに当事者団体の取り組みであるが、ここでは(1)当事者団体のネットワーク化、(2)国際的な資金へのアクセス、(3)政府との交渉力、および(4)当事者の生活の質の向上につながる取り組みの4点について、HIV陽性者と障害者の当事者運動を比較したい。まず(1)から(3)の点については、HIV陽性者運動と障害者運動とのあいだには顕著な違いがみられた。HIV陽性者運動についてみると、NEP+が「ネットワークのネットワーク」体制の頂点に立つことでエチオピアのHIV陽性者運動を代表する地位を築いており、ファナ協会のように地域で活動する陽性者団体は、資金と知識の両面でNEP+のサポートを受けて活動している。NEP+はグローバル規模の活動リソースにアクセスをもつと同時に、活動を規制する法令の解釈では政府に対して強い交渉力を発揮している。これに対してエチオピアの障害者団体は、少なくとも本章で検討したかぎりにおいては、NEP+に匹敵するような強力なネットワークハブをもたず、組織間の協調関係も確立されていない。国際的な身体障害者運動のネットワークやリソースからは孤立しており、また政府の政策に対して交渉力を発揮するというよりは、政府の指導下でそれぞれ与えられた役割を果たそうとする傾向がみられた。

続いて(4)当事者の生活の質の向上につながる取り組みについてみると、ファナ協会の事例でみたように、HIV陽性者団体のなかにはグローバルファンドおよびNEP+のサポートを受けながら、陽性者の生活の質を支える活動を積極的に実施してきた団体がある。しかしファナ協会は、生活上のさまざまな困難を抱えた会員に対して必要なケアを提供するだけのリソースをもっていない。2014年になって訪問ケア活動への資金提供が打ち切られたことで、

クライアントの生活状況を確かめるアウトリーチ活動の機会が失われてしまった。また本章で検討した障害者団体についていえば、エチオピア身体障害者協会のサポートレーターのように、ニッチな分野で重要な活動をおこなってきた事例があるものの、当事者の生活の質を支えるためのリソースの不足はより深刻である。

3. 「2010体制」下のエチオピアにおける当事者運動

エチオピアにおける二つの当事者運動のあいだに、上述のいくつかの点で顕著な違いが生まれた背景としては、国際的・国内的な活動環境の違いを指摘してよいだろう。国際的な活動環境の違いは、HIV陽性者運動がグローバルファンドという卓越した資金提供機関に支えられているのに対して、障害当事者運動にはそれに匹敵するパートナーが見当たらないということである。ここで重要なのは、グローバルファンドの資金がCCMや資金受入責任機関といったメカニズムを通じて配分されることであろう（第3節1項）。NEP+はこれらのメカニズムに参画することによって、国際的な資金へのアクセス、政府に対する交渉力、および国内の陽性者団体に対する求心力を同時に高めることができた可能性が高い。

他方で国内的な活動環境の違いは、エチオピアにおける「2010体制」の成立と関係している。NEP+が活動を開始した2004年は、グローバルなHIV陽性者運動が大きな盛り上がりを見せていた時期であった。何よりも当時のエチオピアには、市民社会活動をおこないやすい（少なくとも敵対的ではない）政治的環境があり、国際的なリソースへのアクセスに対する障壁が低かった。これに対してエチオピア障害者協会は、NEP+より10年以上も早く設立されているながら、グローバルなネットワークやリソースと接続する機会を逃してしまった。ふりかえてみれば、エチオピアでは市民社会運動に適した政治的環境が消滅する前（すなわち2009年の「慈善および協会活動に関する法令」施行以前）の2000年頃からHIV対策が開発上の重要課題と認識され

るようになり、その間に HIV 陽性者団体の活動ネットワークが確立された。これに対して障害問題は、2010年頃からようやく重要な社会的課題と認識されるようになったのだが、その時点ではエチオピアの政治的環境はすでに、市民社会活動に敵対的なものになっていた。その敵対性ゆえに、障害者の抱える問題に対する当事者団体および市民社会の取り組みが著しく制限されているのである。

上述のとおり、政府は保健分野の取り組みに多くの政治的・財政的・人的リソースを投入しながらも、トップダウン型の制度デザインを強く指向し、HIV 陽性者および障害者の多様な保健ニーズに応える意思をもたない。したがって当事者のニーズを受け止め、その生活を支える努力は、当事者の運動に委ねられている。当事者が抱える多様なニーズを最もよく理解し、最も適切なケアを提供できるのは当事者自身であるという考えに基づくならば、当事者の生活支援を当事者団体に委ねること自体は、必ずしも誤った政策判断ではない。またファナ協会やエチオピア身体障害者協会のように、与えられたリソースの範囲でその責任を果たそうとする当事者団体もある。問題は、政府が陽性者や障害者の生活支援を当事者団体に委ねながら、当事者団体の活動に必要なリソースを提供していないことである。また「2010体制」のもとでは、政府が開発のリソースを独占し、市民社会活動に敵対的な政治的環境をつくりだすことによって、実質的に当事者団体の活動を困難にしていることが問題なのである。

おわりに

保健普及員制度を根幹としたエチオピアの保健政策は、低所得国におけるユニバーサル・ヘルスケアの導入をめざす国際的な政策潮流のもとで高い評価を獲得してきた。これに対して本章では、陽性者と障害者の保健ニーズという視点から、開発主義体制下のエチオピアにおける保健政策の問題点を明

らかにした。

エチオピアの現政権は、事実上の一党体制のもとで開発のリソースを国家が独占する開発主義体制を構築し、保健分野を含む社会経済開発への投資をすすめてきた。そして同国政府は、トップダウン型の画一的な介入が有効な分野では、国民の生活の質の改善に大きく貢献してきた。政府が抗 HIV 薬を国民に無償で提供することをとおして、多くの陽性者の生活の質の改善がされたことはその一例である。抗 HIV 薬へのアクセスは HIV 陽性者に共通のニーズであることから、画一的な介入がとりわけ有効な保健分野である。

他方で障害問題という枠組みにおいては、画一的な介入が有効な「障害者に共通の」ニーズを想定することは困難である。また HIV 陽性者についても、実際には抗 HIV 薬へのアクセスに止まらない多様な保健ニーズを抱えた人々を想定する必要がある。しかしエチオピア政府は、陽性者や障害者の多様な保健ニーズを視野に入れた取り組みをしているとは評価しがたい。保健省が全国展開している保健普及員の活動には、訪問ケアや CBR のような生活支援の取り組みは組み込まれていない。エチオピアにおいて陽性者や障害者のニーズを受け止め、その生活を支える努力は事実上、当事者の運動に委ねられている。しかし開発主義体制下のエチオピアでは、市民社会の活動が厳しく制限されており、当事者団体が活動のリソースにアクセスしたり、当事者のニーズを政策に反映させることが困難になっている。

とりわけエチオピアの障害者運動は、「2010体制」のもとで国際的なリソースへのアクセスを得られていないことによる制約が大きい。「2010体制」が当面のあいだ続くとして、そのもとでエチオピアの障害者運動がおかれた状況を変えるためには、保健省との連携のもとでグローバルファンドの資金にアクセスしている NEP+ の経験が参考になるだろう。エチオピア身体障害者協会あるいはその上位団体であるエチオピア障害者協会連合のような組織が、障害者運動のネットワークハブとして主管官庁である労働社会福祉省と連携し、同省を経由して国際的な資金にアクセスするような仕組みをつくれないうか。ネットワークハブの形成によって障害者運動がより大きな

交渉力を獲得すれば、政府の政策策定や法令解釈に対して影響を与えることも可能になろう。

政権への影響力を確保するという点では、政府とのあいだに太いパイプを有し公的機関に人材を送り込んできた南アフリカ共和国の障害者運動の経験も参考になると思われる（第7章参照）。エチオピア現政権は、社会改革という目的に対する当事者運動の価値そのものを否定しているわけではなく、「2010体制」下で求められる条件を満たせば（つまり活動資金の管理に対する政府の介入を認め、政権への敵対勢力とみなされないようにふるまえば）、政府と当事者運動との間に建設的な対話が成立する余地はある。大切なのはもちろん、そのような対話の結果として、当事者の生活の質の向上につながるような取り組みが、より多く生まれることである。

〔注〕 _____

- (1) 本章では、HIV/エイズという表現をなるべく用いないことにする。適切な治療を受けている HIV 陽性者はふつう、生涯にわたって後天性免疫不全症候群（エイズ）の発症を経験することがない。このことを踏まえ、本章では基本的に「HIV 問題」「抗 HIV 治療」のような表現を用い、必要に応じてエイズの問題に言及することにする。
- (2) 故メレス・ゼナウィ首相は、EPRDF 政権が目指すのは「民主的な開発主義」であると主張したが、実際には「2010体制」は、冷戦下インドネシアのゴルカル政権に見られたような権威主義的な開発主義に近いというのが筆者の見解である（西 2014）。
- (3) エチオピア政府が導入しようとしている健康保険制度は、公務員を含む正規部門の被雇用者とその家族を対象とした社会健康保険（Social Health Insurance）と、農村住民および非正規部門に従事する者を対象としたコミュニティ型健康保険（Community-based Health Insurance）の二つのスキームからなる。対象者の数が多いのはコミュニティ型健康保険であり、将来的にはこのスキームだけでエチオピア国民の83.6%をカバーするというのが、保健省のもくろみである（Noah and Accorsi 2013）。
- (4) エチオピア政府による国民1人当たりの保健支出は、米ドル購買力平価に換算して1995年に5ドルであったのが、2013年には42ドルとなった。WHO Global Health Observatory Data Repository [<http://apps.who.int/gho/data/view.main>] による、2015年12月1日閲覧。

- (5) 2005年5月国政選挙, およびその後の騒乱の経緯については, 拙著『現代アフリカの公共性』(西 2009) の第3章1節および「あとがき」を参照。
- (6) “Proclamation to Provide for Freedom of the Mass Media and Access to Information,” No. 590/2008, *Federal Negarit Gazeta* 14/64, December 4, 2008.
- (7) “Proclamation to Provide for the Registration and Regulation of Charities and Societies,” No. 621/2009, *Federal Negarit Gazeta* 15/25, February 13, 2009.
- (8) 同法令の具体的な制約およびエチオピアの HIV 陽性者運動・障害者運動に与えた影響については, 本章第3節1項および第4節1項において検討する。また同法令がエチオピアにおける市民社会組織の活動一般に与えた影響については Dupuy, Ron, and Prakash (2014) のほか, DAG Ethiopia の一連の報告書 (2012; 2013a; 2013b) を参照。
- (9) 開発主義体制の確立に伴い, 保健政策以外の政府の開発政策にどのような変化があったかは, 別のところで論じている (西 2014)。
- (10) UNAIDS AIDSinfo [<http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo>] による, 2014年12月16日閲覧。
- (11) 人類学者のゲブレ・インティソらは, 政府の障害問題への取り組みを評価した報告書で, 「障害問題をメインストリーム化するという政府の公約は, 概して中味のないレトリックにとどまっている」と述べている (Gebre, Merhatsidk, and Abebe 2013: 41)。
- (12) “Proclamation to ratify the convention on the rights of persons with disability”, *Federal Negarit Gazeta* 16/32, Proclamation No. 676/2010.
- (13) “Proclamation to provide for the right to employment of persons with disability”, *Federal Negarit Gazeta* 14/20, Proclamation No. 568/2008.
- (14) “Proclamation to provide for the definition of powers and duties of the executive organs of the Federal Democratic Republic of Ethiopia”, *Federal Negarit Gazeta* 17/1, Proclamation No. 691/2010.
- (15) 同法第88条参照。
- (16) 70/30ルールの解釈上の問題については, DAG Ethiopia による報告書 (DAG Ethiopia 2012; 2013b) を参照。
- (17) マサラト代表自身の語りにもとづく彼女のライフストーリーについては Nishi (2014) でより詳しく論じた。
- (18) カバレ (*kebele*) はアジスアベバ市行政の末端を担う組織であり, 住民から選ばれた議長と評議会の委員を中心に運営されている。カバレ事務所は *kebele bet* と呼ばれる旧来型の公営住宅を管理するほか, 住民登録カードを発行するなど市民生活に対して重要な役割を担っている。
- (19) 「慈善および協会活動に関する法令」第2条2項, 14条2項および5項参照。
- (20) ワレダ5の人口を示した統計は最近のものが見あたらないが, 参考までに

1994年に実施された人口調査では、同地区の人口は約8万5000人であった(CSA 1995)。

〔参考文献〕

<日本語文献>

- 西真如 2009. 『現代アフリカの公共性——エチオピア社会にみるコミュニティ・開発・政治実践——』 昭和堂.
- 西真如 2012. 「ウイルスとともに生きる社会の条件——HIV 感染症に介入する知識・制度・倫理」 速水洋子・西真如・木村周平編 『講座生存基盤論 第3巻 人間圏の再構築——熱帯社会の潜在力——』 京都大学学術出版 155-181.
- 2014. 「エチオピアの開発と内発的な民主主義の可能性—メレス政権の20年をふりかえる」 大林稔・西川潤・阪本公美子編 『新生アフリカの内発的發展——住民自立と支援——』 昭和堂 56-77.
- 西真如・姜明江. 2013 「感染症治療に服薬者の社会関係が果たす役割」 『社会医学研究』 30(2) : 85-94.

<英語文献>

- Anand, Sudhir. 2012. "Human Security and Universal Health Insurance." *The Lancet* 379 (9810) : 9-10.
- Baker, Craig, et al. 2013. *The New Prosperity: Strategies for Improving Well-Being in Sub-Saharan Africa*. Boston: The Boston Consulting Group.
- Balabanova, Dina, et al. 2013. "Good Health at Low Cost 25 Years on: Lessons for the Future of Health Systems Strengthening." *The Lancet* 381 (9883) : 2118-2133.
- CSA (Central Statistical Authority) 1995. *The 1994 Population and Housing Census of Ethiopia: Result for Addis Ababa* (Volume 1 Statistical Report). Addis Ababa: CSA.
- 2010. *Population and Housing Census Report: Country 2007*. Addis Ababa: CSA.
- DAG Ethiopia. (Development Assistance Group Ethiopia) 2012. *Potential Impact of the Guideline to Determine Charities' and Societies' Operational and Administrative Costs*. Addis Ababa: DAG Ethiopia.
- 2013a. *Intermediary INGO Operations and the 70/30 Guideline*. Addis Ababa: DAG Ethiopia.
- 2013b. *Impact of the Guideline to Determine Charities' and Societies' Operational*

- and Administrative Costs (70/30 Guideline) (Phase III)*. Addis Ababa: DAG Ethiopia.
- Dupuy, Kendra E., James Ron, and Aseem Prakash. 2014. "Who Survived? Ethiopia's Regulatory Crackdown on Foreign-Funded NGOs." *Review of International Political Economy* (Published online on April 10, 2014) : 1-38.
- HAPCO (HIV/AIDS Prevention and Control Office) 2009. *Guidelines for Greater Involvement of People Living With HIV/AIDS (GIPA) in Ethiopia*. Addis Ababa: HAPCO.
- Kesetebirhan, Admasu. 2013. "The Implementation of the Health Development Army: Challenges, Perspectives and Lessons Learned with a Focus on Tigray's Experience." *Quarterly Health Bulletin* (Federal Ministry of Health, Ethiopia) 5 (1) : 3-7.
- Koblinsky, Marge, et al. 2010. "Responding to the Maternal Health Care Challenge: The Ethiopian Health Extension Program." *Ethiopian Journal of Health Development* 24 (Special Issue 1) : 105-109.
- Mekbib, Tekle-Ab. 2007. "The Health Extension Program: A Flagship for Bringing Health Services to the Doors of Communities." *Ethiopian Journal of Reproductive Health* 1 (1) May: 75-85.
- MoFED (Ministry of Finance and Economic Development) 2010. *Growth and Transformation Plan*. Addis Ababa: MoFED.
- MoH (Ministry of Health) 2004. *Ethiopian Strategic Plan for Intensifying Multi-Sectoral HIV/AIDS Response*. Addis Ababa: MoH.
- 2005. *Health Service Extension Programme: Draft Implementation Guideline*. Addis Ababa: MoH.
- 2007. *Health Extension Program in Ethiopia*. Addis Ababa: MoH.
- 2010. *Health Sector Development Program IV*. Addis Ababa: MoH.
- MoLSA (Ministry of Labour and Social Affairs) 2012. *National Plan of Actions of Persons with Disabilities (2012-2021)*. Addis Ababa: MoLSA.
- Nishi, Makoto. 2014. "Care, Voice, and Womanhood: Narrative of an Ethiopian Woman with HIV." Paper Presented at the 57th Annual Meeting of the African Studies Association, JW Marriott Indianapolis Hotel, Indianapolis, Indiana, USA, November 20-23, 2014.
- Noah, Elias, and Sandro Accorsi. 2013. "Countdown to 2015: The Performance of the Health Sector in the Second Year of HSDP IV (EFY 2004)." *Quarterly Health Bulletin* (Federal Ministry of Health, Ethiopia) 5 (1) : 8-20.
- Oxfam. 2013. *Universal Health Coverage: Why Health Insurance Schemes Are Leaving the Poor behind*. Oxfam Briefing Paper 176, Oxford: Oxfam International.
- Rodin, Judith, and David de Ferranti. 2012. "Universal Health Coverage: The Third

- Global Health Transition?" *The Lancet* 380 (9845) : 861-862.
- Singh, Prabhjot, and Jeffrey D. Sachs. 2013. "1 Million Community Health Workers in Sub-Saharan Africa by 2015." *The Lancet* 382 (9889) : 363-365.
- Tadesse, Mizanie Abate. 2012. "A Rights-Based Approach to HIV Prevention, Care, Support and Treatment: A Review of Its Implementation in Ethiopia." PhD Dissertation submitted to the Department of Interdisciplinary Studies, Graduate School of the University of Alabama.
- Workie, Netsanet W., and Gandham N. V. Ramana. 2013. *The Health Extension Program in Ethiopia*. (Universal Health Coverage Studies, 10) Washington, D.C.: The World Bank.
- WHO (World Health Organization) 2010. *Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Geneva: WHO.
- 2011. *World Report on Disability*. Geneva: WHO.

